

## Modulo D. Informazioni sanitarie

Al Dirigente Scolastico della Scuola Media

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Cod.ISS \_\_\_\_\_  
(cognome e nome in stampatello)

in qualità di:       genitore       tutore

dell'alunno/a: \_\_\_\_\_ Cod.ISS \_\_\_\_\_  
(cognome e nome in stampatello)

### DICHIARO

che il/la minore, come indicato dal certificato medico allegato rilasciato dall'U.O.C. Pediatria dell'I.S.S:

- è affetto/a da intolleranza e/o allergia (certificato con validità annuale);
- è affetto/a celiachia (certificato con validità permanente);
- è affetto/a particolari patologie (ad es.: nefropatie croniche, diabete, dislipidemie, ecc.) di cui ritengo necessario informare la scuola (certificato con validità permanente);
- necessita la predisposizione di un Piano d'intervento per l'eventuale somministrazione di terapia farmacologica salvavita in ambito scolastico come da prescrizione medica allegata (certificato con validità permanente).

Mi impegno a notificare eventuali modifiche dello stato attuale e a comunicare agli insegnanti del Consiglio di Classe le necessarie informazioni.

In caso di richiesta di predisposizione di un Piano di intervento, io sottoscritto/a (barrare tutte le caselle):

- Mi impegno** a partecipare ad un incontro con il personale scolastico e il Direttore della Pediatria dell'ospedale di San Marino per la redazione del Piano d'intervento.
- Autorizzo** contestualmente, il personale scolastico alla somministrazione del/i farmaco/i e sollevo lo stesso personale da ogni responsabilità penale e civile derivante dalla somministrazione della terapia farmacologia di cui alla allegata prescrizione medica.
- Mi impegno** a consegnare personalmente il/i farmaco/i nelle mani dei docenti, in modo da evitarne usi impropri e di sostituirlo/i se scaduto/i.

### Dichiaro

di essere a conoscenza che le informazioni e i dati forniti saranno trattati in conformità alla "Informativa per il trattamento dei dati personali", pubblicata sul portale dello Stato [www.sanmarino.sm](http://www.sanmarino.sm) - Canali tematici.

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente/dichiarante)